

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Name _____ Vorname(n), Rufname bitte unterstreichen _____
Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____
Geb.-Datum _____ Geb.-Ort (Kreis, ggf. auch Land/Staat mit angeben) _____
Geb.-Name _____ Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____
Beruf _____
Ehepartner(in): Name _____ Vorname _____
Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____
Geb.-Datum _____ Geb.-Name _____ Beruf _____

GEGENWÄRTIGER AUFENTHALT

1. Wohnung

Straße _____ Wohnort _____
bei _____ Telefon _____

2. Krankenhaus/Heim

Name des Krankenhauses/des Heimes _____ Station _____
Straße _____ Ort _____
Aufnahmetag _____ Aufnahmegrund _____

KINDER Anzahl der Kinder _____ davon verstorben _____

ANSPRECHPARTNER(IN)

1. Name _____ Vorname _____
Straße _____ Wohnort _____
Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____ Verwandte(r)/Bekannte(r) _____
2. Name _____ Vorname _____
Straße _____ Wohnort _____
Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____ Verwandte(r)/Bekannte(r) _____

GERICHTLICH BESTELLTE(R) BETREUER(IN)

Ja

Nein

Name _____ Vorname _____
Straße _____ Wohnort _____
Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____ Verein _____
Wirkungskreis(e) _____

Betreuung wird angeregt bzw. beantragt

Ja

Nein

Betreuung ist angeregt bzw. beantragt

Ja

Nein

INHABER(IN) VON VOLLMACHT(EN)

Name _____ Vorname _____
Wirkungskreis(e) _____

HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

WEITERE(R) BEHANDELNDE(R) ARZT/ÄRZTIN

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

KRANKENKASSE _____ Vers.-Nr. _____**Einstufung** der Pflegekasse/Krankenkasse in Stufe _____**Bestätigung** der Notwendigkeit stationärer Pflege **liegt vor** **ist beantragt****KOSTENREGELUNG BEI HEIMAUFNAHME**

Heimplatzfinanzierung durch:

 monatliches Einkommen in Höhe von insgesamt _____ €Kopien der letzten Einkommensnachweise (z.B. Renten, Werksrenten, Pensionen, Versorgungsbezüge, Mieteinnahmen, Zinseinkünfte und sonstige Einnahmen) liegen bei **Ja** **Nein** **Teilweise** **Leistungen** vom Versorgungsamt **Blindengeld** **Vermögen** (Bar-/Sparvermögen, Guthaben, Eigentum usw.) **Unterhaltszahlungen** **Leistungen** der Pflegekasse/Krankenkasse (_____ €) **Kostenübernahme** ist beim zuständigen Sozialamt in _____ beantragt._____
Datum_____
Unterschrift/Stempel des Sozialhilfeträgers**Bankverbindung**

Institut _____ Konto-Nr. _____ BLZ _____

Beratung **Ja** **Nein**

durch Amt für Soziales und Wohnen, Sachgebiet Alten- und Behindertenhilfe oder Krankenhaussozialdienst

BESONDERE WÜNSCHE (z.B. Heim-/Zimmerwunsch, Mitnahme von Haustieren/Möbeln)

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei/wird übersandt. Ich bin damit einverstanden, dass die Anmeldung zur Heimaufnahme und der ärztliche Fragebogen dem/den von mir gewünschten Heim/en übersandt werden.

Ort, Datum_____
Unterschrift Heimplatzinteressent(in) oder Bevollmächtigte(r),
gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)